



臨床研修医採用試験申込書

※受験番号		1. 氏名 ふりがな		男 ・ 女	2. 生年月日 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	
3. 現住所 〒 () 電話 () - E-mail: @						写真 縦 4.0 cm 横 3.0 cm 申込前 3 ヶ月以内に撮影されたもの
4. 郵便先 〒 ()						
5. 学歴	学校名	学部・学科・専攻	所在地	在学期間 (和暦)	年制、卒業・卒業見込	
(最終学校名)				年 月から 年 月まで	年制	卒業 卒業見込
(その前)				年 月から 年 月まで	年制	卒業
(その前)				年 月から 年 月まで	年制	卒業
6. 職歴	勤務先名称	所在地	在職期間 (和暦)	職務内容	退職理由	
(新しい勤務先名から)			年 月から 年 月まで			
(その前)			年 月から 年 月まで			
7. 資格または免許の名称等		取得年月日 (和暦)		8. 医師という職業を選んだ理由		
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
9. 西神戸医療センターを志望した理由				10. 将来希望する進路		
				11. 他病院の受験申込状況 (病院名:) (病院名:) (病院名:)		
12. 趣味・特技・自己PR						※受付印
13. 確認事項	地域枠対象の学生ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 氏名						※(面接日) 月 日 時 分

記入上の注意をよく読んで記入してください。

申込書記入上の注意

1. 記載事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄以外はもれなく記入してください。
3. 記入はすべて本人の自筆によりインク又はボールペンを用い、楷書でていねいに書いてください。
数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入し、学歴欄の卒業・卒業見込の別は該当するものを○で囲んでください。
4. 現住所欄、帰省先欄には市区町村番地等まで詳しく書いてください。また、学校所在地欄、勤務先住所欄には市区町村までを書いてください。
5. 経歴欄には今までの勤務上の経験を、その一つ一つについて新しいものから順に詳しく書いてください。もし記入欄が足りない場合は、適当な用紙を補足して書いてください。自家営業も含まれます。就職したことがない場合には斜線を引いてください。
6. 申し込み後、記載内容に変更が生じた場合には必ず連絡してください。
7. 本申込書は職員採用試験以外での目的では使用しません。